ODBITKA.

Z CZASOPISMA »PRZEGLĄD LEKARSKI«
ORGANU TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO,
WYCHODZĄCEGO W KRAKOWIE.
REDAKTOR GŁÓWNY: DR. AUGUST KWAŚNICKI.

KRAKÓW · DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELL.
POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO 1904 R.

Hernia abdominalis uteri gravidi.

Napisał

Prof. Dr. Aleksander Rosner.

Prawie wszyscy autorowie, piszący o przepuklinach zawierających macicę ciężarną, wypowiadają zdanie, że t. zw. przepuklina brzuszna nie jest w ścisłem tego słowa znaczeniu przepukliną, tylko wysokim stopniem t. zw. brzucha obwisłego (*venter propendens*), powstałego przez rozstęp mięśni prostych. W dziele Vinay'a znajdujemy obszerny rozdział, w którym autor zestawia znane przypadki przepuklin pachwinowych i pępkowych, zawierających ciężarną macicę; o przepuklinach brzusznych pisze, co następuje: „Nie są one niczem innem, jak ewentracyą, powstałą przez rozstęp w linii środkowej; zdarzają się stosunkowo często i wszyscy położnicy widzieli mniej lub więcej wybitne przypadki tego rodzaju."

Bez wątpienia nie należy brzuch obwisły do rzadkości, zwłaszcza u wieloródek i nie powinien być naturalnie zaliczanym do przepuklin w ścisłem tego słowa znaczeniu, gdyż brak mu zasadniczych cech przepukliny.

Nie ulega jednakże wątpliwości, że po za ewentracyą, zwaną fałszywie przepukliną brzuszną, istnieją prawdziwe przepukliny brzuszne, które są stosunkowo rzadkie. Nie mam tu na myśli przepuklin, powstających po urazach, względnie po laparotomiach, gdyż te nie należą dziś niestety do rzadkości, a mówię tylko o przepuklinach, powstających samo-

istnie. „Leżą one“, pisze König w swojej chirurgii szczegółowej, „o ile siedzibą ich jest przednia ściana brzuszna, z boku w okolicy pępka, w linii białej, w muskulaturze mięśnia prostego, albo na boku między mięśniem prostym, a skośnym. Nie ma wprost miejsca na przedniej ścianie brzusznej, gdzieby nie mogły się utworzyć. Powstanie pewnej części tych przepuklin przypisują Makrocki i Lücke z pewnem prawdopodobieństwem szczelinom naczyniowym ściany brzusznej. Często rozwijają się one po ciążach. Mogą one uwięznąć i spowodować odprowadzanie (*taxis*) lub zabieg operacyjny.“

Otóż chodzi mi tutaj o takie prawdziwe samoistnie powstałe przepukliny brzuszne, których treścią jest macica ciężarna. Już *a priori* stwierdzić można, że przepuklina brzuszna o takiej zawartości, zwłaszcza, jeżeli leży nie w linii środkowej, tylko na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego, należeć musi do największych rzadkości. Ażeby wogóle powstać mogła, muszą być wrota przepuklinowe szerokie, gdyż inaczej nie mogłaby przez nie przesunąć się ciężarna macica. A nie należy zapominać, że chodzi tu o miejsca ściany brzusznej, do których macica dorasta dopiero w późniejszych miesiącach ciąży.

Eisenhart, opisując odnośny przypadek Winckla, zastanawia się szczegółowo nad przepuklinami pachwinowemi, zawierającemi macicę. Twierdzi on, że przepukliny te powstać mogą w trojaki sposób: 1) Sieć lub kiszki, zrośnięte z macicą, wciągają ją do worka przepuklinowego. 2) Trąbka lub jajnik stanowi pierwotnie treść przepukliny, a macica wchodzi do niej dopiero następowo. 3) Przepuklina, zawierająca macicę, jest wadą rozwojową. Jest wówczas naturalnie wrodzoną i połączoną najczęściej z wadą rozwojową macicy (*uterus unicornis* lub *bicornis*).

Otóż z tych trzech sposobów powstawania *hysterokele inguinalis* może mieć tylko pierwszy znaczenie dla przepukliny brzusznej, a i ten chyba w bardzo wyjątkowych przypadkach. Sam ten fakt pozwala nam stwierdzić, że prze-

puklina brzuszna, zawierająca macicę, musi być znacznie rzadszą, niż przepuklina pachwinowa z tą samą zawartością; a przecież i ta należy do rzadkości.

O ile chodzi o ciążę, to najprawdopodobniej w przypadkach *hernia inguinalis uteri gravidi* ciąża zaczęła się rozwijać w macicy, która już poprzednio leżała w przepuklinie. W przypadkach *hernia abdominalis uteri gravidi* jest inaczej. Tu do worka przepuklinowego dostaje się macica już ciężarna, gdyż, jak wyżej wspomniałem, wrota przepuklinowe leżą wysoko ponad miednicą.

Mimo że, jak widzimy, stosunki anatomiczne i wady rozwojowe sprzyjają znacznie więcej powstaniu przepukliny pachwinowej, zawierającej macicę ciężarną, niż przepukliny brzusznej o takiejże zawartości, mimo to nawet *hernia inguinalis uteri gravidi* należy do zdarzeń wyjątkowych. Eisenhart zestawił w r. 1885 7 takich przypadków (Pol, Sennert, Saxtorph, Lédesma, Rektorzik, Scanzoni i Winckel), Vinay zaś wspomina w roku 1894 o 8 przypadkach (prócz wyżej wymienionych przytacza Teofila Fischera). Przeszukując odnośne piśmiennictwo, znalazłem nadto przypadek, który opisuje Rosanoff. Wszystkich więc znanych dotąd przypadków *hernia inguinalis uteri gravidi* byłoby dziewięć.

Co się tyczy *hernia abdominalis uteri gravidi*, to nie znalazłem w piśmiennictwie przypadku, któryby był podobnym do poniżej opisanego. Nie wiem, czy nie jest nim przypadek, przedstawiony przez Francka na posiedzeniu Tow. ginekol. w Kolonii dnia 14 marca 1895; z krótkiego protokołu nie można wogóle wyrobić sobie o nim żadnego pojęcia. Charakterystycznem jest, że Winckel w swoim nowym wielkim podręczniku poświęca dużo miejsca opisowi *hysterokele inguinalis gravidae*, nie wspomina zaś ani słowem o przepuklinach brzusznych, zawierających ciężarną macicę.

Przypadek, który miałem niedawno w leczeniu, przedstawia się jak następuje:

Pani *J. H.*, lat 30, zamężna, zgłosiła się do mnie dnia 25 kwietnia 1904. Opowiada, że rodziła 4 razy, ostatni raz przed 6-ciu laty. Przed 2-ma mniej więcej laty spostrzegła przepuklinę, rozwijającą się poniżej pępka na prawo od linii środkowej. Pacyentka nie umie podać, kiedy była ostatnia miesiączka; jednak zdaje jej się, że było to pod koniec października. Nie podaje również dokładnie, kiedy poczuła pierwsze ruchy płodu. Przed dwoma miesiącami zaczęła się przepuklina szybko powiększać, przyczem chora zaczęła doznawać w dolnej części brzucha bolów, występujących napadowo. Bole powiększały się z dnia na dzień; w ostatnich tygodniach cierpienia doszły do tego stopnia, że chora porusza się z trudnością i spać nie może. Opaska brzuszna, zresztą bardzo pierwotna, sprawia jej pewną ulgę. Stolec zaparty, oddawanie moczu prawidłowe.

Stan obecny. Powłoki blade; odżywienie średnie; w narządach klatki piersiowej niema zmian. Sutki, jak u ciężarnej wieloródki. Brzuch powiększony nieregularnie. Na prawo od linii środkowej i nieco pod pępkiem wypukla się bardzo silnie guz, znacznie większy od główki donoszonego płodu. Skóra ponad tym guzem napięta, lśniąca. Po stronie lewej brzuch jest płaski, a skóra nie okazuje żadnego napięcia. Pępek jest bardzo znacznie na lewo przesunięty. Przez cienką skórę, rozpiętą ponad guzem wymacać można łatwo, że guz jest ciężarną macicą. Wyczuwa się mianowicie zupełnie łatwo pęczki mięśni w ścianie guza, części płodowe, w płynie balotujące i przydatki macicy, odchodzące z obu boków macicy. W głębi na ścianie mięsnej brzucha czuje się wyraźnie ostry brzeg wrót przepuklinowych, zwłaszcza z góry i po stronie lewej. Na prawo i od dołu brzeg ten zasłania zwisająca ku dołowi macica. Po podniesieniu jej ku górze można jednak i tutaj obmacać brzeg wrót. Wrota przepuklinowe mają co najwyżej szerokość dłoni; obejmują one dolny, węższy odcinek macicy. Płód leży w całości poza wrotami; najgłębiej leży główka, która styka się z ich brze-

giem. Wielkość macicy i płodu odpowiada mniej więcej szóstemu miesiącowi księżycowemu ciąży. Macica popada dość często w skurcze, które są bolesne.

Badanie przez pochwę: pochwa jest bardzo długa tak, iż dwoma palcami dochodzi się z wielką trudnością do części pochwowej. Leży ona wysoko ponad płaszczyzną wchodu. Nigdzie nie czuć nieprawidłowych oporów.

Rozpoznanie: *hernia abdominalis uteri gravidi VI m.*

Usiłowałem natychmiast odprowadzić guz do jamy brzusznej, co jednak okazało się niemożliwem z powodu wązkich wrót przepukliny. Radziłem wówczas chorej, ażeby poddała się próbie odprowadzenia macicy w uśpieniu chloroformowem, względnie operacyi krwawej. Mimo że przedstawiałem bezcelowość i niebezpieczeństwo wyczekiwania, chora nie zgodziła się na żaden zabieg.

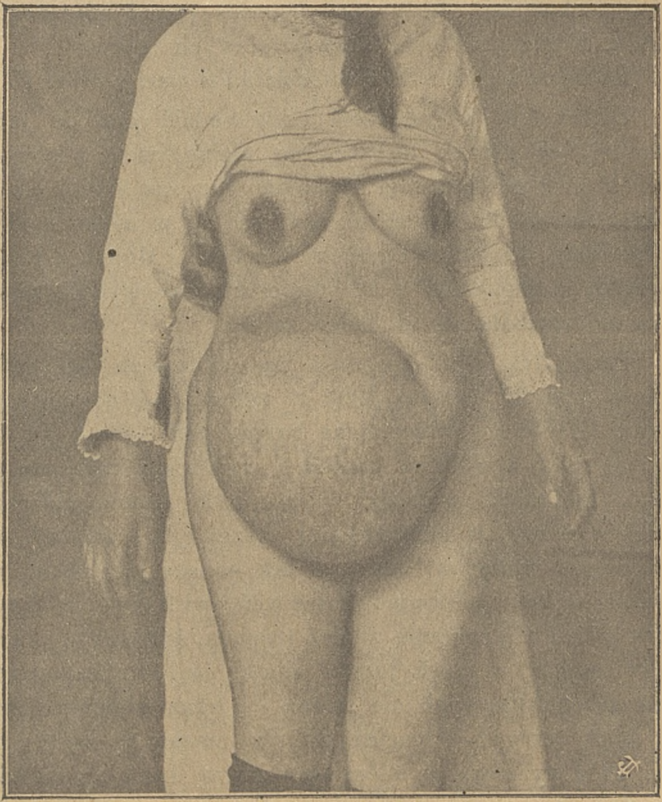
Przez dwa i pół miesiąca nie widziałem pacyentki. Dopiero dnia 29 czerwca 1904 r. zgłosiła się do mnie powtórnie. Żaliła się wówczas na bardzo silne bole i opowiadała, że tylko z wielkim trudem i wysiłkiem może się poruszać. Badaniem wykazać można było tosamo położenie macicy ciężarnej w przepuklinie; zaszły tylko zmiany, odpowiadające postępowi ciąży. I tak macica jest naturalnie znacznie większa (odpowiada teraz końcowi 9 mies. księżyc.). Skóra ponad nią znacznie silniej rozpięta, ścieńczała, prawie przeświecająca, a pępek jeszcze silniej na lewo przesunięty. Wrót przepuklinowych nie można się teraz zupełnie domacać, gdyż zakrywa je macica. Skurcze macicy są częste i bolesne. Płód wyczuwa się uderzająco łatwo. Leży on ukośnie.

Przy badaniu wewnętrznem dochodzi się z trudnością do ujścia zewnętrznego, które leży tak samo wysoko, jak przedtem.

Fotografie, zdjęte dnia 30 czerwca, przedstawiają dokładnie stan rzeczy i nie wymagają bliższych wyjaśnień

Bole porodowe trwały z nieznacznemi przerwami przez cały dzień 30 czerwca i 1 lipca i powtarzały się mniej

więcej co 15 do 20 minut. W nocy z 1-go na 2-lipca zaostrzyły się mimo dawek makowca i zaczęły występować częściej. Dnia 2 lipca rano zbadałem chorą wewnętrznie dla przekonania się, czy szyja maciczna zaczyna się otwierać.



Przekonałem się, badając połową ręki, że część pochwowa jest w zupełności utrzymana, a ujście wewnętrzne zamknięte.

O odprowadzeniu macicy nie można było nawet myśleć, a rozwiązanie drogami naturalnemi było wobec powyż opisanego stanu rzeczy zupełnie wykluczone. Ponieważ zacho-

działa obawa mocnego rozciągnięcia dolnego odcinka, a co za tem idzie, pęknięcia macicy lub oderwania się jej od pochwy, przeto postanowiłem rodzącą rozwiązać jedynym sposobem, jaki pozostawał, t. j. cięciem cesarskiem.



Operacyę wykonałem dnia 2 lipca. Po przecięciu skóry i otrzewnej odsłoniła się macica, którą natychmiast otwarto cięciem podłużnem i wydobyto płód, okazujący ślady życia, ale do tego stopnia siny, że kończyny dolne były prawie czarne.

Po wydobyciu popłodu skurczyła się macica należycie

i teraz można ją było bez trudu wprowadzić do jamy brzusznej przez wrota, szerokie na $1^1/_2$ dłoni. Mimo, że pierwotnie zamierzałem wykonać metodę zachowawczą, byłem zmuszony do zmiany planu i użycia sposobu Porro. Skłoniły mnie do tego dwie okoliczności. Po pierwsze — ujście wewnętrzne było zupełnie zamknięte i nawet wązkie dreny, które w tym celu przed zabiegiem przygotowano, nie dały się przez ujście to przeprowadzić. Powtóre okazało się, że zamknięcie przepukliny po odprowadzeniu macicy do brzucha byłoby bardzo trudnem, a może nawet niewykonalnem. Te okoliczności skłoniły mnie do wykonania odcięcia macicy nadpochwowego, które z powodu znacznej elewacyi macicy nie przedstawiało żadnych trudności. Kikut zeszyto, pokryto otrzewną i zapuszczono do jamy brzusznej. Następnie zamknięto przepuklinę po odświeżeniu brzegów i to tak, że zaszyto w trzech piętrach osobno otrzewnę, mięśnie i powięź. Przed zeszyciem powłok trzeba było odciąć duży kawałek zbywającej skóry i usunąć otrzewnę, wyścielającą dawny worek przepuklinowy. Na skórę założono szwy węzełkowe. W górnym i dolnym kącie rany pozostawiono sączki. Ostrożność ta była potrzebną, gdyż skóra przylegała tylko luźno do warstw głębszych tak, że łatwo zebrać się pod nią mogła wydzielina i utrudnić gojenie.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy i bezgorączkowy. Dnia 16 lipca, a więc 15-go dnia po zabiegu, opuszcza pacyentka zakład zupełnie wyleczona, z dwiema małemi powierzchniami granulacyjnemi w miejscu po sączkach.

Płód, który rozwojem odpowiadał 9-mu miesiącowi księżyc. ciąży, zmarł w dniu operacyi mimo energicznego cucenia. Sekcyi jego zwłok nie wykonano, jednak ogromna sinica, zauważona jeszcze *in utero* i szmery w sercu przemawiają za tem, że płód był dotknięty wrodzoną wadą zastawkową serca.

Piśmiennictwo. 1) Adams S. S.: Hernia of the pregnant uterus Am. Journ. of Obst. Nr. 9. XXII. 225—246. — 2) Ahlfeld: Lehrbuch

p. 189. 1894. — 3) Braun: Lehrbuch p. 325. 1857. — 4) Bumm: Grundriss p. 330. 1902. — 5) Bylicki i Bryk: Przepuklina pachwinowa, zawierająca macicę z jajnikami. Oper. rad. Wyzdrow. Przegląd lekarski 1878. XVII. p. 346. — 6) Eisenhart H.: Ein Fall von Hernia inguinalis cornu dextri uteri bicornis gravidi. Arch. f. Gynaek. t. 26. 1885. p. 439. 7) Frank: Uterus grav. in einer Bauchhernie. Cent. f. Gynaek. XIX. 1895. p. 1117. — 8) Kiwisch: Klinische Vorträge t. I. p. 234. 1851. — 9) Rosanoff ref.: Frommel Jahresb. VIII. 1894. p. 581. — 10) Scanzoni: Compendium. p. 93. 1861. — 11) Schröder: Lehrbuch p. 400. 1888. — 12) Winckel: Lehrbuch p. 235. 1889. — 13) Winckel: Handbuch d. Geburtshilfe t. II, cz. 1, 1904. p. 382. — 14) Zweifel: Lehrbuch p. 339. 1892.

Osobne odbicie z »Przeglądu lekarskiego« 1904.

Kraków 1904. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Józefa Filipowskiego.